



WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ADOLESCENCIA: 18 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL ADOLESCENTE SOBRE SÍ MISMO	NOMBRE DEL NIÑO(A)		FECHA DE NACIMIENTO											
	ALERGIAS	MEDICAMENTOS ACTUALES												
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA													
	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="width:25%;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</td> <td style="width:50%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desayuno todos los días.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tengo a alguien con quien hablar.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hago alguna actividad física todos los días.</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tengo preguntas sobre la sexualidad.</td> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Duermo suficiente; _____ horas por noche.</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tengo a alguien con quien hablar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hago alguna actividad física todos los días.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tengo preguntas sobre la sexualidad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Duermo suficiente; _____ horas por noche.		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO													
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.													
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tengo a alguien con quien hablar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hago alguna actividad física todos los días.													
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tengo preguntas sobre la sexualidad.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Duermo suficiente; _____ horas por noche.													

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	
---------------------------	--------------------------	----------------	--

Review of systems Review of family history

Screening:

	MHZ	R	L
Hearing Screen	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____

Vision Screen

	R 20/	L 20/
	N A	N A
Development	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
Social Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

Physical:

	N	A		N	A
General appearance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ears	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nodes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings:

Diet _____

Sleep _____

Dental Referral Tb Cholesterol Hgb/Hct

Review Immunization Record

Health Education: (Check all completed)

Nutrition/weight control Dental Care School Plans

Injury prevention/safety Sex education/birth control

Sleep patterns Smoking Driving & Alcohol

Drugs/Alcohol STD discussed HIV/AIDS discussed

Self-Exam Tobacco Use Suicide/Depression

Regular physical activity

Assessment _____

NEXT VISIT:	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (18 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions.
They are not comprehensive guidelines.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/Hct) Screen

- Using your own practice experience, evaluate the need, timing and frequency of hematocrit tests, especially in menstruating teens.

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

Tetanus and diphtheria (Td) Vaccine

- Recommend routine Td boosters every 10 years.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the US Centers for Disease Control and Prevention.



EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - ADOLESCENCIA: 18 AÑOS

WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 18 YEARS

(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

ADOLESCENCIA: 18 AÑOS

A SER COMPLETADO POR EL ADOLESCENTE SOBRE SÍ MISMO	NOMBRE DEL NIÑO(A)		FECHA DE NACIMIENTO																								
	ALERGIAS	MEDICAMENTOS ACTUALES																									
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA																										
	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:25%;"> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Desayuno todos los días.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tengo a alguien con quien hablar.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tengo preguntas sobre la sexualidad.</td> </tr> </table> </td> <td style="width:25%;"> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hago alguna actividad física todos los días.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Duermo suficiente; _____ horas por noche.</td> </tr> </table> </td> <td style="width:50%;"></td> </tr> </table>	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Desayuno todos los días.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tengo a alguien con quien hablar.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tengo preguntas sobre la sexualidad.</td> </tr> </table>	SÍ	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo a alguien con quien hablar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo preguntas sobre la sexualidad.	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hago alguna actividad física todos los días.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Duermo suficiente; _____ horas por noche.</td> </tr> </table>	SÍ	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hago alguna actividad física todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duermo suficiente; _____ horas por noche.
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Desayuno todos los días.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tengo a alguien con quien hablar.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Tengo preguntas sobre la sexualidad.</td> </tr> </table>	SÍ	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desayuno todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo a alguien con quien hablar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo preguntas sobre la sexualidad.	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SÍ</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Hago alguna actividad física todos los días.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Duermo suficiente; _____ horas por noche.</td> </tr> </table>	SÍ	NO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hago alguna actividad física todos los días.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duermo suficiente; _____ horas por noche.		
SÍ	NO																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desayuno todos los días.																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo a alguien con quien hablar.																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tengo preguntas sobre la sexualidad.																									
SÍ	NO																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estoy conforme con mi rendimiento escolar y/o en el trabajo.																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hago alguna actividad física todos los días.																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duermo suficiente; _____ horas por noche.																									

PESO Kg./Oz. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	PRESIÓN SANGUÍNEA	
-------------------------	--------------------------	-------------------	--

<input type="checkbox"/> Revisión de los sistemas		<input type="checkbox"/> Revisión del historial familiar	
Exploración:			
	MHZ	D	I
Examen de audición	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
Examen de la vista	R 20/ _____	L 20/ _____	
	N	A	
Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comportamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Social/Emocional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Físico:			
	N	A	
Apariencia general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pecho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulmones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pulsaciones/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovasculares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genitales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Orofaringe/Dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Columna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extremidades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ganglios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sistema Neurológico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Manera de caminar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Describa anomalías encontradas:			

Alimentación _____

Sueño _____

Derivación odontológica Tuberculosis Colesterol Hgb/Hct

Revisión del historial de inmunizaciones

Educación de la salud: (Marcar lo que se completó)

Nutrición/Control de peso Cuidado dental Planificación escolar

Prevención de lesiones/seguridad Educación sexual/control de la natalidad

Hábitos de sueño Fumar Conducir y el alcohol

Drogas/Alcohol Se habló sobre ETS Se habló sobre HIV/SIDA

Autoexamen Uso de tabaco Suicidio/Depresión

Actividad física regular

Evaluación: _____

PRÓXIMA VISITA:	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD
FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD	DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD

ADOLESCENCIA: 18 AÑOS

Cuidado de la salud a los 18 años

Lo que tu cuerpo necesita

Tu dentista puede decirte cuándo o si te crecerán las muelas del juicio. Continúa cepillándote diariamente los dientes con pasta dental con fluoruro y usando hilo dental.

Aprende a ser un consumidor inteligente del cuidado de la salud, esto puede salvar tu salud (vida). Pídele a tu doctor un formulario de historial médico. Llénalo con tus padres y manténlo en TUS archivos.

Necesitarás hacerte exámenes médicos durante toda tu vida. Pregúntale a tu doctor qué exámenes preventivos de salud necesitarás y cuándo los requerirás. ¿Control de la presión sanguínea? ¿Exámenes de colesterol? ¿Exámenes de Papanicolaou? ¿Mamografías? ¿Vacunas? ¿Cuándo? ¿Con qué frecuencia?

Los hombres jóvenes deben aprender a realizarse un autoexamen testicular (revisar sus testículos). El riesgo de cáncer testicular es grande en los veintes y treinta años de edad.

Las mujeres jóvenes deben aprender a hacerse un autoexamen de senos. Protégete conociendo tu cuerpo.

Para ayuda o más información

Para dejar de fumar: puedes buscar en Internet cómo dejar de fumar o llamar a la Sociedad Americana del Cáncer o a la Asociación Americana Heart.

Información sobre la sexualidad en los adolescentes: www.teenwire.com.

Línea de emergencia para violencia doméstica: 1-800-562-6025

Muchos centros comunitarios y colegios ofrecen clases de reducción de estrés.

Hábitos saludables

El ejercicio regular es muy importante. Debes hacer ejercicio durante media hora, al menos 3 veces por semanas por el resto de tu vida. Invita a tus padres a caminar o andar en bicicleta contigo, para que hagan ejercicio también.

La nutrición es muy importante. Recuerda, la gente continúa creciendo hasta pasados 20 años de edad. Come una dieta balanceada que incluya frutas, vegetales y calcio. Muchas condiciones a una edad avanzada se pueden evitar comiendo correctamente cuando se es un adulto joven.

Averigua sobre las pastillas para adelgazar y los esteroides antes de tomarlos. Usar estas drogas en lugar de alimentos podría producir que tu cuerpo no obtenga los nutrientes que necesita. Todas las drogas tienen efectos secundarios. Averigua acerca de estos efectos.

Estilo de vida

Si fumas o masticas tabaco, encuentra un programa que te ayude a dejarlo. Además de producir cáncer y enfermedades al corazón, el tabaco causa mal aliento y arruga tu piel. Piensa en lo que podrías hacer con el dinero que ahorrarías.

Reconoce las señales de estrés. Encuentra maneras de relajación como ejercicio, yoga, arte, o meditación. Toma clases de reducción del estrés.

Hombres y mujeres deben aprender acerca de una adecuada planificación familiar, cómo protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Consejos de seguridad

Presta atención a la seguridad cuando viajes. Usa protector solar. Sé prudente en el trabajo. Usa equipo de protección como almohadillas, cascos, protectores para la espalda y gafas de seguridad.

Usa el cinturón de seguridad cuando viajes. Pídele a tus pasajeros que también lo usen.

Aprende a defenderte a ti mismo del abuso sexual o físico. Nunca está bien. Entérate que puedes obtener ayuda. Si conoces a alguien que está en peligro, ayúdales a conseguir un refugio o buscar otra ayuda.